

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

618

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Léon EOCHE-DUVAL

Né le 24 février 1909, à la Gacilly (Morbihan)

La Kérato-conjonctivite pustuleuse
de l'Enfant
et les Affections du Rhino-pharynx

Contribution à l'Étude de leurs relations

Président : M. TERRIEN, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Léon EOCHE-DUVAL

Né le 24 février 1909, à la Gacilly (Morbihan)

La Kérato-conjonctivite pustuleuse
de l'Enfant

et les Affections du Rhino-pharynx

Contribution à l'Étude de leurs relations

Président : M. TERRIEN, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	Léon BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BERNARD (Et.) Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
TROISIER Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

V. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A MA SOEUR

A MES GRANDS-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR^r TERRIEN

Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Paris
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire le très grand
honneur de présider cette thèse. Hom-
mage de notre profond respect.*

A M. LE PROFESSEUR GILBERT SOURDILLE

Professeur de Clinique ophtalmologique
Chirurgien en chef honoraire des Hôpitaux de Nantes
Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie

*Dont nous avons eu le grand honneur
d'être l'élève et qui nous a inspiré le goût
de l'ophtalmologie. Qu'il veuille bien trou-
ver ici l'expression de notre profonde
reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR GABRIEL-PIERRE SOURDILLE

Professeur suppléant de Clinique ophtalmologique
Ophtalmologiste des Hôpitaux de Nantes

*Qui nous a donné le sujet de cette thèse ;
nous le remercions des précieux conseils
et de l'aide qu'il nous apporta dans la
rédaction de cette étude.*

A M. LE DOCTEUR JULES LEGRAND

Ophtalmologiste suppléant des Hôpitaux

*Qui nous a toujours si aimablement
aidé.*

A MES MAITRES LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE NANTES

Dont nous avons été l'élève ou l'externe.

AVANT-PROPOS

Pendant les deux dernières années que nous avons passées dans le service de la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous avons été particulièrement intéressé par l'extrême fréquence des lésions rhino-pharyngées dans les kérato-conjonctivites de l'enfance. Il ne s'agit pas là d'une idée nouvelle ; depuis longtemps cette coexistence est classique.

Il n'est d'ailleurs pas dans notre intention d'enlever aux causes générales, qui manifestement favorisent la lésion oculaire, une importance capitale. Mais il nous a paru utile d'insister sur l'importance des lésions oto-rhino-pharyngées tant au point de vue étiologique que thérapeutique.

Ayant eu l'occasion d'examiner, à la consultation, un certain nombre d'enfants atteints de kérato-conjonctivite pustuleuse, nous avons systématiquement demandé l'examen du laryngologiste.

C'est l'analyse de ces cas que nous voulons exposer ici.

Mais, avant d'aborder notre sujet même, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnais-

sance à ceux de nos maîtres qui, nous ayant déjà fait bénéficier de leur précieux enseignement, ont bien voulu nous aider de leurs conseils.

Que M. le Professeur Terrien veuille bien agréer ici l'hommage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

La Kérato-conjonctivite pustuleuse de l'Enfant

et les Affections du Rhino-pharynx

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

La conjonctivite pustuleuse encore appelée conjonctivite phlycténulaire, eczémateuse, scrofuleuse ou lymphatique, est essentiellement caractérisée par la présence de petites lésions éruptives, que l'on a l'habitude de désigner, à tort d'ailleurs, par le nom de phlyctènes et qui peuvent siéger sur la conjonctive, sur la cornée, ou, comme cela arrive le plus fréquemment, sur la conjonctive et la cornée simultanément.

Nous abandonnerons la dénomination de conjonctivite « phlycténulaire » pour certaines raisons.

La première, c'est que plusieurs variétés de conjonctivites éruptives ou même sécrétantes peuvent produire des « phlyctènes » et qu'il est par conséquent illogique de baser une classification sur un symptôme commun à de multiples affections. Morax a en effet montré, que des phlyctènes pouvaient apparaître au cours de conjonctivites aiguës

spécifiques telles que la conjonctivite aiguë contagieuse, la conjonctivite à pneumocoques et la conjonctivite subaiguë.

La seconde raison, c'est que ces éléments éruptifs appelés « phlyctènes » ne sont pas des phlyctènes ainsi qu'en fait foi l'examen histologique ou même le simple examen à la loupe de l'élément éruptif.

M. A. Terson proteste qu'il faut « en finir avec cette absurde phlyctène parce que la soi disant phlyctène est une pustule, pas liquide (la kératite bulleuse est la seule vraie kératite phlycténulaire) ».

Frenkel dans un article « Sur quelques termes employés en ophtalmologie » rappelle qu'à la suite des travaux de Weeckers on a proposé le nom de kératite tuberculinique, puis celui de kératite lymphomateuse. D'après Frenkel le terme le plus anodin serait encore « infiltrations leucocytaires en foyers », dénomination basée, comme nous le verrons plus loin, sur l'anatomie pathologique.

Nous laisserons donc de côté le terme de kérato-conjonctivite phlycténulaire pour garder celui de conjonctivite ou kérato-conjonctivite pustuleuse qui, s'il n'est pas parfait, ne constitue pas une erreur comme celui de phlycténulaire et qui a le mérite de ne préjuger en rien de l'étiologie, encore assez mal connue de nos jours, de cette affection oculaire pourtant bien individualisée.

Toutefois, afin de ne pas déformer les idées des auteurs auxquels nous aurons recours tout au long de cette étude, nous emploierons encore parfois les

termes restés classiques de conjonctivite scrofuleuse, lymphatique, impétigineuse.

LES SYMPTOMES

Très brièvement nous allons rappeler les principaux symptômes qui caractérisent la conjonctivite pustuleuse.

Nous rapportant au D^r Morax, nous distinguerons une forme bénigne et une forme grave.

FORMES BÉNIGNES. — Si l'éruption oculaire reste localisée à la conjonctive, au moment où celle-ci se produit, les symptômes qui frappent sont la rougeur de l'œil et l'existence d'une sécrétion oculaire.

S'il y a localisation cornéenne, les paupières restent énergiquement fermées par suite d'une violente photophobie.

Du côté de la conjonctive, dans les cas les plus légers, celle-ci présente une très légère hyperémie plus accusée en un ou deux points habituellement voisins de la cornée. Ces lésions disparaissent en quelques jours sans autres troubles.

Mais souvent l'élément éruptif est plus accusé, son siège de prédilection restant toujours le limbe ou à 2 ou 3 mm. de la cornée. Au centre d'un pinceau vasculaire rouge vif, on voit une saillie blanc jaunâtre

du volume d'une tête d'épingle. Ses bords sont en pentes douces, son centre présente une légère dépression avec érosion épithéliale superficielle. Le nombre de ces saillies est des plus variables.

En vingt-quatre heures l'efflorescence atteint son maximum de développement ; en six à huit jours il n'en reste plus aucune trace ; mais fréquemment de nouvelles efflorescences apparaissent alors que les premières ont disparu ou presque.

En cas de lésions cornéennes, les symptômes réactionnels sont très marqués : blépharospasme, photophobie et larmolement intense. La lésion qui siège très fréquemment au centre de la cornée consiste en une légère infiltration grisâtre au niveau de laquelle l'épithélium est desquamé. Plusieurs lésions peuvent évoluer successivement ou simultanément.

FORMES GRAVES. — Même en cas de lésions circonscrites à la conjonctive bulbaire on note une très grosse réaction palpébro-conjonctivale.

La conjonctive bulbaire rouge présente des infiltrations grisâtres recouvertes d'un exsudat.

La conjonctivite tarsienne est recouverte d'un exsudat pseudo-membraneux donnant absolument l'aspect d'une diphtérie conjonctivale.

En cas de lésions cornéennes la cornée est opacifiée sur une assez grande étendue, la perte de substance pouvant même aller jusqu'à la perforation. Dans tous les cas l'ulcère a une évolution traînante et la guérison est très longue. Presque toujours la fonction visuelle est très diminuée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ainsi que nous l'avons dit plus haut on croyait autrefois que l'élément éruptif de la conjonctivite phlycténulaire était constitué par une phlyctène. Depuis bien longtemps déjà cette idée n'était plus de mise, mais c'est à Iwanoff que revient le mérite d'avoir montré, le premier, en 1869, que cette « phlyctène » ou plus exactement que cette élevure était formée par des cellules rondes amassées sous l'épithélium conjonctival non altéré, du moins tant que l'efflorescence conjonctivale restait assez petite. Ces lésions il les retrouvait identiques au niveau de la cornée. Au début, la membrane de Bowman reste intacte tandis que l'accumulation cellulaire se produit sous l'épithélium. Plus tard cette membrane de Bowman se résorbe au niveau du nodule cellulaire en même temps que des leucocytes passent dans la couche épithéliale et gagnent sa surface.

Iwanoff avait également remarqué la présence d'un filet nerveux allant du parenchyme cornéen à l'amas cellulaire. C'est cette constatation qui lui fit émettre la possibilité de l'origine nerveuse de cette affection.

Depuis ces premiers examens d'Iwanoff de nombreux travaux ont été faits sur l'anatomie pathologique des phlyctènes, les auteurs ayant pensé trouver là la solution étiologique de ce problème si mal connu.

Leber, en 1901, au Congrès d'Heidelberg, confirma les observations d'Iwanoff.

« L'épithélium, dit-il, est simplement soulevé ; il s'infiltré fortement de leucocytes et dès lors sa délimitation d'avec la muqueuse sur laquelle il repose devient de plus en plus floue, infiltrée qu'elle est aussi de ces mêmes éléments. Au centre du nodule l'épithélium est altéré et selon toute apparence en état de passage à la nécrose. Le protoplasma est très coloré, les noyaux, au contraire, sont moins colorés et irréguliers, les cellules aplaties et disposées en ordre tortueux. Aussi lorsqu'arrive la destruction, les bords s'abaissent graduellement et se confondent en pente insensible avec la perte de substance. Celle-ci est parfois recouverte de lambeaux d'épithélium en train de se flétrir, mais nulle part, rien qui puisse faire penser à une vésicule rétractée. Au contraire, il est évident de considérer que le processus a son vrai siège dans la muqueuse, qui se gonfle par une infiltration leucocytaire copieuse.

A examiner plus complètement la structure du nodule, on constate qu'il ne s'agit pas simplement d'une infiltration de leucocytes polynucléaires, mais que des cellules plus grandes et d'un autre aspect participent à la constitution du nodule. Tandis que la zone périphérique se trouve infiltrée de petits leucocytes polynucléaires en grande quantité, les cellules du centre de l'infiltration deviennent graduellement plus grandes et plus adossées, leur protoplasma plus fortement colorable et leurs noyaux toujours plus gros ».

Jamais il ne trouva de bacilles ni de caséification malgré cette analogie assez grande avec le tubercule.

Wagenman et Hertel ont également confirmé la structure décrite par Iwanoff.

Von Michel n'a jamais rencontré de structure tuberculoïde, mais il décrit un petit nodule inflammatoire dont le centre serait occupé par une hémorragie et qui, à un moment donné de son évolution, serait surmonté d'une vésicule. Il décrit trois phases : une phase nodulaire ou papuleuse, une phase vésiculeuse ou pustuleuse ou ulcéralive, une phase de réparation.

Axenfeld, après coloration spéciale de nombreuses coupes, ne constata jamais la présence de microbes au niveau des lésions et, n'ayant pu entre autre déceler de bacilles tuberculeux, il nia la structure tuberculeuse de la lésion.

En 1921, Stargard trouva des nodules composés de cellules géantes et de cellules épithélioïdes mais ne trouva pas de bacilles de Koch. Toutefois, par des colorations spéciales, il aurait observé dans les phlyctènes les granulations de Much, considérés comme des reliquats de bacilles dégénérés en voie de disparition.

En 1927, Weeckers examina en coupes sérieées 27 phlyctènes à différents stades d'évolution : « Dans une phlyctène récente de la conjonctive on constate surtout une dilatation considérable des capillaires, une active diapédèse leucocytaire et une transsudation séreuse dans le tissu conjonctif. A ce stade les leucocytes sont presque uniquement des polynucléaires ; les

mononucléaires sont rares. Dans la suite les mononucléaires augmentent en nombre au point de constituer bientôt la majorité.

Au stade d'état on observe aussi, mêlées aux lymphocytes, de nombreuses cellules du type épithélioïde et parfois quelques rares cellules géantes. Les vaisseaux sont altérés, particulièrement au niveau de leur endothélium ».

Ces lésions qui n'ont en soi rien de caractéristique doivent être rapprochées cependant de la structure de certaines tuberculides cutanées.

Enfin, on a également abandonné la théorie microbienne qui faisait intervenir entre autres le staphylocoque.

On voit combien l'anatomie pathologique de l'élément éruptif de la conjonctivite pustuleuse est encore obscure, gardant avec elle son secret étiologique.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Nous allons, dans ce chapitre, faire un rappel des diverses théories qui furent émises par les auteurs anciens et modernes à propos de l'étiologie de la conjonctivite pustuleuse.

Disons dès maintenant que toutes les théories exprimées peuvent être divisées en deux grands groupes de causes :

1^o des causes d'ordre général ;

2^o des causes d'ordre local.

Ces deux sortes de causes ne s'excluent aucunement l'une l'autre, bien au contraire.

I. — Les causes d'ordre général.

Ce sont en tout premier lieu la scrofule et la tuberculose ; puis viennent ensuite un certain nombre d'autres facteurs qui ont été incriminés par différents auteurs :

l'auto-intoxication intestinale,
la diathèse exsudative de Czerny,

le paludisme,
les troubles menstruels,
les maladies éruptives.

1^o LA KÉRATO-CONJONCTIVITE PUSTULEUSE
ET LA SCROFULE.

La première des théories étiologiques de la conjonctivite pustuleuse faisait intervenir la scrofule.

Cette affection oculaire ne fut elle pas tout d'abord appelée « ophtalmie scrofuleuse » ?

Avant de citer les nombreux auteurs qui se sont faits les défenseurs de cette idée, nous allons essayer de dire ce que l'on entendait à cette époque par scrofule et ce qu'il convient d'entendre de nos jours.

La scrofule.

Au temps de Bazin la scrofule était considérée comme une diathèse non contagieuse, souvent héréditaire dont les manifestations, surtout fréquentes dans l'enfance, pouvaient se poursuivre jusqu'à l'âge adulte.

On avait coutume de classer ces manifestations en trois groupes :

1^o Dans le premier on plaçait les adénites chroniques dont le siège habituel est le cou et qui, évoluant habituellement vers la suppuration, laissent après elles des cicatrices indélébiles et disgracieuses.

2^o Dans le second groupe on rangeait des affections

multiformes de la peau et des muqueuses. Chez les tout jeunes enfants on rattachait à la scrofule l'abcès froid sous-cutané que l'on appelait alors gomme scrofuleuse ou scrofuloderme et des inflammations ressemblant à l'impétigo et à l'ectyma mais qui s'en distinguaient par leur tendance à la nécrose, la lenteur de leur guérison et la fréquence des récives.

Chez les enfants plus âgés, l'acrocyanose, les engelures fréquentes, l'érythème induré des jeunes filles, l'érythème noueux, le lichen scrofulosarum, le lupus commun étaient considérés comme des manifestations de la scrofule.

Certaines inflammations des muqueuses nasale et oculaire et tout particulièrement les ophthalmies phlycténulaires étaient également rattachées à la scrofule.

3^o Le troisième groupe enfin comprenait les affections chroniques des os, des articulations et des gaines synoviales; affections à tendance suppurative qu'on appelait alors : caries osseuses, arthrites et synovites fongueuses.

Ces manifestations pouvaient rester isolées, s'associer ou se succéder chez un même sujet, prouvant ainsi l'unité de leur origine. Se prolongeant au delà de l'enfance elles créaient, disait on, une certaine disposition à la tuberculose pulmonaire.

Tel est, dit A.-B. Marfan en 1928, ce que l'on entendait par scrofule entre 1850 et 1880.

La découverte du bacille de Koch et de la présence

fréquente de staphylocoques et streptocoques au niveau des lésions d'impétigo et d'ectyma devait démembrer presque complètement la scrofulose : une partie de ces manifestations étant rattachée à la tuberculose, les autres rentrant dans le cadre des pyodermites.

D'autres auteurs faisaient intervenir la syphilis ; Ricord parlait de « scrofulate de vérole ». Fournier écrivait : « La syphilis constitue un des affluents de la scrofule ».

Mais certains médecins, sans parti-pris, remarquèrent que si les principales manifestations de l'ancienne scrofule étaient bien dues au bacille de Koch, elles constituaient des affections tuberculeuses très spéciales compatibles avec un bon état général et guérissant souvent sans que le malade présente plus tard des signes de tuberculose pulmonaire.

Plus tard après la découverte de la réaction de von Pirquet on fut amené à considérer les anciennes manifestations scrofulcuses de la peau et des muqueuses non plus comme des pyodermites ordinaires mais comme des scrofulo-tuberculides. Weeckers, entre autres, en 1911, démontrait l'identité de l'ophtalmie phlycténulaire et des tuberculides.

Cette tentative de démembrement de la scropule échouait donc en partie et l'on devait continuer à considérer la scrofule comme une entité pathologique.

Aujourd'hui certains auteurs, s'ils estiment que la tuberculose et la scrofule sont des maladies distinctes, pensent qu'on les trouverait fréquemment associées ;

la scrofule favorisant le développement de la tuberculose.

Pour Marfan, il conviendrait de garder le terme de scrofule pour désigner une forme de tuberculose de l'enfance : « Forme si spéciale qu'il faut lui laisser son nom, lui garder son individualité et lui faire une place particulière dans le groupe des affections bacillaires ».

Citons enfin, pour terminer, l'opinion de M. Sargent pour qui les enfants des syphilitiques sont tout spécialement disposés aux tuberculoses locales et à la scrofule.

Telle est encore de nos jours la complexité du problème scrofuleux.

Revenant maintenant, après ce rappel sur la scrofule, à ses relations avec la conjonctivite pustuleuse, nous voyons que dès 1830 de nombreux auteurs, dont Quadri, remarquaient la fréquence de cette affection chez les enfants lymphatiques.

Sichel en 1837 et Arlt en 1850, soutiennent la nature scrofuleuse de la conjonctivite pustuleuse.

Mackensie, en 1856, fait intervenir la constitution scrofuleuse du sujet jointe à des conditions de vie misérables : nourriture défectueuse et insuffisante, manque d'air, état de saleté.

De Wecker et Landolt en 1878, Fuchs en 1885, font intervenir les mêmes causes et, pour ce dernier, une alimentation plus abondante et plus carnée, une hygiène meilleure, bref des conditions de vie moins

précaires feraient diminuer sensiblement la fréquence de la conjonctivite scrofuleuse.

Fukala fait jouer un rôle important aux eczémas et à certains exanthèmes.

Pour Axenfeld la scrofule est, sinon la cause absolue, du moins une cause indispensable au développement de la conjonctivite pustuleuse. Ce dernier et Leitner ont décelé des symptômes de scrofule chez 90 % des phlycténulaires.

Marfan enfin, auquel nous avons eu déjà largement recours pour la description de la scrofule, écrit en 1928 que la coexistence fréquente de l'ophtalmie lymphatique avec d'autres manifestations de la scrofulo-tuberculose, que les résultats toujours positifs et les caractères très spéciaux de la cuti-réaction chez les enfants phlycténulaires l'ont conduit à considérer l'ophtalmie phlycténulaire comme une scrofulo-tuberculide. Il conclut après les très belles recherches de Weeckers qu'« on peut considérer comme démontré que l'ophtalmie phlycténulaire est une sorte de tuberculide ; elle fait partie de ce groupe d'affections cutanées et muqueuses que, pour préciser les conditions dans lesquelles elles se développent, on peut désigner sous le nom de scrofulo-tuberculides. »

2^o LA KÉRATO-CONJONCTIVITE PUSTULEUSE ET LA TUBERCULOSE.

Là encore il s'agit d'une très ancienne conception étiologique de la conjonctivite pustuleuse. De nom-

breux auteurs avaient noté l'apparition de phlyctènes sur un terrain manifestement tuberculeux.

En 1901, Leber frappé au cours de ses recherches anatomo-pathologiques par la structure tuberculoïde des phlyctènes, s'efforçait de découvrir à leur niveau des bacilles de Koch ou des zones de caséification.

En 1908, Schütz et Videky montraient, les premiers, que les phlyctènes réagissaient à la tuberculine et en concluaient que les phlyctènes correspondaient à une tuberculose au début.

En 1909, apparaissent les premiers travaux de Weeckers qui, plus tard, poursuivant son étude sur l'origine tuberculeuse des conjonctivites scrofuleuses, devait se faire le champion de cette dernière théorie.

D'Ayrenx, en 1910, ayant obtenu des intradermo-réactions positives sur des sujets atteints de kérato-conjonctivite pustuleuse, dans 89 % des cas, conclut que cette conjonctivite évolue sur un terrain déjà infecté par la tuberculose.

Un an plus tard Maggi citait 3 cas où il avait obtenu des phlyctènes à la suite d'instillation de tuberculine. Leur structure, différente de celle du tubercule, était en tous points comparable à celle des phlyctènes de la conjonctivite pustuleuse.

Il en concluait qu'il s'agissait manifestement d'individus en état d'intoxication tuberculeuse.

En 1913, Belensky-Raskin confirmait les travaux d'Ayrenx, obtenant au cours des lésions phlycténulaires des cuti-réactions positives dans 92 % des

cas et dans 85 % chez les enfants en dessous de 5 ans.

Enfin pour Wessely dans 95 % des affections phlycténulaires on obtient une réaction de Pirquet positive.

Nous arrivons alors en 1927 aux importants travaux de Weeckers « Phlyctènes oculaires et tuberculose » qui rattache les phlyctènes oculaires à la tuberculose s'appuyant sur les points suivants :

1° Chez tous les phlycténulaires examinés, sans exception, on notait une adénopathie trachéo-bronchique très accusée ;

2° Elévation très passagère de la température ne pouvant s'expliquer que par l'existence d'un foyer tuberculeux ganglionnaire profond en activité ;

3° Dans 36 % des cas, coexistence de symptômes manifestes de tuberculose ;

4° Ascendance tuberculeuse manifeste dans 56 % des cas.

Ses arguments biologiques étaient les suivants :

a) La tuberculine instillée dans le cul-de-sac d'anciens phlycténulaires provoque régulièrement l'éclosion de phlyctènes.

b) L'oculo-réaction à la tuberculine produit parfois des phlyctènes même chez des sujets n'ayant jamais eu d'atteinte phlycténulaire antérieure.

c) Fréquence des cuti-réactions positives chez les phlycténulaires : 51 sur 58.

Parmi les enfants de moins de 5 ans 90 % ont des cuti-réactions positives alors qu'au même âge la proportion est de 38 % chez les non-phlycténulaires.

d) On peut reproduire expérimentalement des phlyctènes en instillant de la tuberculine dans l'œil d'animaux tuberculisés au préalable, chose impossible chez des animaux non-tuberculisés.

Pour terminer, nous citerons les travaux de Bellavia qui, en 1929, utilisant la réaction du Professeur Cesare Piazza, concluait de l'étude de 57 cas que 80 % des porteurs de conjonctivite pustuleuse présentaient des antigènes tuberculeux dans les urines.

Ses recherches confirment en sorte celles de Weeckers et tendent à démontrer que cette conjonctivite évolue sur un terrain tuberculeux si elle n'est pas une lésion tuberculeuse.

Riehm, également en 1929, pense, quant à la nature des phlyctènes, que la condition primordiale est une sensibilisation ou une allergie tuberculeuse du malade. L'éclosion de la phlyctène est la suite d'une irritation de la conjonctive dont la nature peut être extrêmement variable.

3^o L'AUTO-INTOXICATION INTESTINALE ET LA « DIATHÈSE EXSUDATIVE DE CZERNY ».

Lafon, de Périgueux, en 1910, dans un travail sur la « Pathogénie de l'ophtalmie phlycténulaire » conclut que celle-ci peut avoir des causes diverses mais

que parmi elles l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale occupe une place prépondérante. Aussi, dans tous les cas où ce facteur étiologique pourra être incriminé, il conviendra d'instituer un régime alimentaire et un traitement appropriés.

Colombo se rallie à la théorie de la « diathèse exsudative de Czerny » caractérisée par la tuméfaction des glandes lymphoïdes, des éruptions cutanées, des troubles intestinaux et passage dans le sang d'auto-toxines intestinales. Il explique ainsi la fréquence de la conjonctivite pustuleuse chez les enfants des classes misérables vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène alimentaire, ainsi que l'atteinte plus fréquente du sexe féminin particulièrement sujet aux intoxications gastro-intestinales.

Pour lui la tuberculose interviendrait en diminuant la résistance des individus intoxiqués.

En 1932, Besso et Dazzi, de Parme, rattachent l'affection étudiée à la « diathèse exsudative de Czerny ». Ils écartent l'hypothèse de la syphilis, la réaction de Bordet-Wassermann ayant été négative dans tous les cas.

Ils n'admettent le staphylocoque que comme agent d'infection secondaire et la tuberculose que comme complication ; la diathèse de Czerny constituant une prédisposition à la tuberculose.

Enfin, tout récemment, en 1930, Mickaël Goldenburg, de Chicago, ne se rallie pas à la théorie de la toxémie tuberculeuse des ophthalmies phlycténulaires, les instillations ou injections sous-cutanées de tuber-

culine, pratiquées chez son maître Wilder, étant toujours restées inefficaces.

Mais il attache une grande importance au régime alimentaire, des enquêtes lui ayant montré que la conjonctivite pustuleuse apparaissait le plus souvent chez des enfants mal surveillés, qui faisaient abus d'hydrates de carbone, de gâteaux et de bonbons et qui perdaient le goût d'une nourriture substantielle. Il lui suffisait, pour les guérir, de les mettre à un meilleur régime. Des rechutes apparaissaient si un régime de nouveau trop riche en sucre était permis.

4^o LES MALADIES ÉRUPTIVES. LE PALUDISME. LES RÈGLES.

Certaines maladies éruptives telles la vaccine, la variole, la rougeole surtout, se compliquent parfois de lésions oculaires ; mais celles-ci, sauf toutefois pour la rougeole après laquelle on voit fréquemment apparaître une kérato-conjonctivite pustuleuse, ne peuvent être comparées aux éléments éruptifs étudiés et la seule chose à retenir est qu'il s'agit là d'affections particulièrement anergisantes.

Conclusion : De cette étude des causes d'ordre général, tour à tour incriminées dans l'étiologie de la kérato-conjonctivite pustuleuse, il semble résulter qu'aucune d'elles ne soit capable de provoquer à elle seule les lésions oculaires, mais seulement de préparer un terrain favorable à leur éclosion.

Par contre, certains facteurs d'ordre local associés

à l'une des causes envisagées plus haut (tout particulièrement tuberculose, scrofulose, auto-intoxication intestinale, maladie anergisante), paraissent réaliser les conditions nécessaires à l'apparition de la conjonctivite pustuleuse.

Panas ne disait-il pas en 1894 : « On doit supposer qu'une affection ulcéro-éruptive aussi nette se rattache à un agent spécifique, microbe ou autre, qui évolue sur un terrain déjà préparé. On ne doit pas oublier que le lymphatisme en préparant le terrain intervient pour beaucoup ».

En 1896, Truc et Valude écrivaient : « Lymphatisme et principe infectieux externe sont deux facteurs généralement solidaires et qui jouent chacun un rôle important ».

II. — Les causes d'ordre local.

Peu sont à retenir. Nous citerons rapidement celles qui nous ont semblé les plus intéressantes pour en arriver au facteur qui, d'après la clinique, nous a paru le plus fréquemment en jeu et qui fait précisément l'objet de cette thèse : les lésions et les infections oto-rhino-pharyngées.

1^o LES CORPS ÉTRANGERS.

Un seul doit retenir notre attention : c'est le poil de chenille. Celui-ci est capable de s'entourer d'un nodule constitué par un amas de leucocytes d'aspect

épithélioïde et de cellules géantes. Mais le seul intérêt de cette remarque est cette curieuse ressemblance anatomo-pathologique entre la lésion produite par le poil de chenille et la lésion de la kérato-conjonctivite pustuleuse.

2° LES PARASITES.

Quelques auteurs ont incriminé le *pediculus capitis*.

La sécrétion de certaines de ces glandes, transportée au niveau de l'œil, serait capable de produire par irritation les lésions que nous avons étudiées.

Cette idée est peut-être parfois exacte, mais la clinique montre de façon manifeste que nombreux sont les enfants qui, atteints de conjonctivite pustuleuse, sont indemnes de toute phtiriasé.

Joseph rapporte qu'en 1906 ayant examiné soigneusement tous les malades qui se sont présentés à la clinique de l'Hôtel-Dieu pour une kérato-conjonctivite phlycténulaire, trente fois sur 30 cas il a constaté une phtiriasé de la tête, le plus souvent discrète, représentée soit par des poux, soit par des lentes. Dans tous les cas il s'agissait d'éruption pustuleuse peu marquée.

Morax pense que Joseph base son hypothèse sur la coïncidence et, ayant observé des phlyctènes de la cornée chez des enfants indemnes de toute phtiriasé, il doute de la valeur de cette interprétation étiologique.

3^o LES MALADIES CUTANÉES : IMPÉTIGO ET ECZÉMA.

Les lésions impétigineuses et eczémateuses au niveau de la face sont chose si fréquente chez les enfants atteints de conjonctivite pustuleuse (ces appellations de conjonctivite impétigineuse et eczémateuse n'en sont-elles pas la meilleure preuve ?), que l'on a pensé qu'il s'agissait de lésions identiques. Aujourd'hui l'anatomie pathologique nous apprend qu'il n'en est rien, mais qu'il s'agit d'un terrain favorable à la fois à l'évolution de la conjonctivite pustuleuse et des lésions impétigineuses et eczémateuses.

4^o THÉORIE MICROBIENNE.

C'est là une étiologie beaucoup plus intéressante et qui a donné lieu à de nombreuses recherches.

C'est Burchard qui, le premier, en 1885 a admis cette origine microbienne.

Augagneur faisant remarquer la coexistence fréquente de la conjonctivite phlycténulaire, de l'impétigo du cuir chevelu et de la rhinite impétigineuse disait : « Ce sont là trois manifestations de l'infection par les staphylocoques »,

Depuis, de très nombreuses études bactériologiques ont été faites à ce sujet, mais elles n'ont aboutit qu'à cette constatation unanimement reconnue : qu'aucun des organismes décrits jusqu'alors ne jouait un rôle dans l'étiologie de la maladie.

Nous nous contenterons de citer les travaux d'Axen-

feld. Ayantensemencé le produit de raclage du centre de la lésion pustuleuse à différents stades de son évolution, il constata que sur 26 cas où la lésion était de date récente, neuf fois les tubesensemencés restèrent stériles, deux fois il trouva le bacille du xérosis et quinze fois des cocci.

Sur 38 cas où la lésion datait de plus d'un jour, les cultures restèrent stériles quinze fois et vingt-trois fois donnèrent des colonies de cocci. Le même auteur, sur 14 pustules, a isolé huit fois le staphylocoque.

Dans les 6 autres cas les cultures sont restées négatives. Il en conclut que le plus souvent la phlyctène n'est pas due à la pénétration du staphylocoque dans les tissus.

Leber, ayant constaté dans les pustules la présence de cellules géantes, se demanda si ces lésions n'étaient pas dues au transport par voie endogène de bacilles tuberculeux morts, venus des ganglions cervicaux. Cette hypothèse ne fut jamais vérifiée.

Par ailleurs il ne semble pas, jusqu'ici, bien que les recherches faites à ce sujet soient peu nombreuses, que l'on puisse supposer une transmissibilité de l'affection par le contenu des phlyctènes ou la sécrétion conjonctivale.

Citons également l'opinion du Docteur Morax dans *L'Encyclopédie française d'ophtalmologie*.

« A l'heure actuelle, la seule conclusion qui me semble justifiée est que la phlyctène au début peut être considérée comme stérile à l'égard de nos moyens d'investigation. N'oublions pas qu'il en est de même

à l'égard de la pustule vaccinale ou variologique examinée à l'aide de ces mêmes moyens et cependant la virulence du liquide de la pustule est démontrée par son inoculabilité. On peut donc admettre pour la kérato-conjonctivite impétigineuse, un processus analogue à celui de la variole dont le principe virulent, comme dans cette affection, nous serait inconnu ».

5^o LES LÉSIONS ET LES INFECTIONS OTO-RHINO-PHARYNGÉES.

Ainsi que nous l'avons dit dans notre introduction, il ne s'agit pas là d'une idée nouvelle, bien au contraire. Mais, ayant recueilli un certain nombre d'observations, nous avons été tenté de les ajouter à celles déjà publiées afin de donner encore, si possible, plus de poids à cette notion du rôle pathogénique et thérapeutique des lésions et infections oto-rhino-pharyngées dans la conjonctivite pustuleuse de l'enfance.

Depuis très longtemps déjà on connaissait l'influence des végétations sur le développement de la cage thoracique, sur les troubles cardiaques, sur le développement général. Ces troubles, qui ont été longuement décrits par Dupuytren, Alphonse, Robert et d'autres maîtres qui les mettaient sur le compte des amygdales palatines, sont du reste aujourd'hui très connus et nous savons qu'ils contribuent à diminuer la résistance de l'organisme et à préparer un terrain favorable à de nouvelles infections.

Sachant par ailleurs que le point de départ de presque toutes les maladies infectieuses se fait au niveau du rhino-pharynx, on ne doit pas s'étonner que l'appareil oculaire, en rapport intime avec les fosses nasales, soit si fréquemment atteint quand il existe des lésions des voies aériennes supérieures.

Déjà, Knies, dans 90 % des cas de conjonctivite scrofuleuse, avait noté des lésions impétigineuses de la muqueuse nasale et signalait la coïncidence fréquente entre les récidives oculaires et les exacerbations nasales.

De nombreux auteurs, à sa suite, ont poursuivi l'étude de cette question.

Pour Augagneur, en 1888, la cause des récidives de la conjonctivite phlycténulaire était une rhinite chronique et à l'origine de toute phlyctène il y avait une inflammation des fosses nasales.

La coïncidence de la guérison et des récidives oculaires avec celles des affections des fosses nasales en était une preuve des plus sérieuses.

Couëtoux, de Nantes, en 1891 dans un travail sur la « Kérato-conjonctivite d'origine rhino-pharyngienne » affirme que « les conjonctivites dites phlycténulaires de toutes variétés et la conjonctivite printanière sont d'origine nasale ». La théorie scrofuleuse ne le satisfait pas et il écrit, citant de Wecker : « Une enquête bien faite montrerait peut-être que cette affection n'est guère plus fréquente chez les scrofuleux que chez les personnes d'une bonne constitution ».

Il présente ensuite un certain nombre d'observations qu'il divise en trois groupes :

1° Guérison de la lésion oculaire sous l'influence unique du traitement rhino-pharyngien ;

2° Guérison sous l'influence du traitement oculaire et nasal.

3° Dans ce troisième groupe il constate l'impuissance du traitement nasal et la faible action du traitement oculaire.

Il pourrait en outre citer un grand nombre d'individus qui se présentent pour des affections rhino-pharyngiennes et chez lesquels on constate d'anciennes taies de la cornée.

En 1895, dans la thèse de Pierre, on relève 23 observations de malades présentant des lésions oculaires associées à une lésion ou infection du nez, du pharynx ou des oreilles.

Morax écrit dans *l'Encyclopédie française d'ophtalmologie* : « Je suis intimement convaincu que, seule, l'étude des affections nasales basée sur la bactériologie et sur l'expérimentation, nous permettra d'arriver à connaître la nature de ces manifestations oculaires ou cutanées si fréquentes chez les enfants atteints d'obstruction nasale, quelle qu'en soit la cause ».

Goulfier en 1912, ayant examiné 620 malades dans le service du Professeur Terrien aux Enfants-Malades en trouva 240 atteints de rhinite catarrhale et 130 porteurs de végétations adénoïdes.

Hillion fait remarquer que la seule façon d'obtenir une guérison rapide et d'éviter les récides, c'est de pratiquer une très soigneuse désinfection du rhinopharynx. Axenfeld dit, dans son *Traité d'Ophtalmologie*, en 1914, que la rhinite chronique, l'hypertrophie des cornets mais surtout les végétations adénoïdes sont très fréquentes dans la kérato-conjonctivite lymphatique et très importantes pour le traitement.

Plus près de nous, en 1928, Worms et Bidault dans un mémoire qu'ils présentent à la Société d'Ophtalmologie de Paris, discutent particulièrement la théorie de Weeckers, de Liège, pour lequel, nous l'avons déjà vu, la conjonctivite phlycténulaire est une toxituberculide constituant un signe d'imprégnation bacillaire et relevant avant tout d'un traitement général. Ils jugent indispensable de peser la valeur des arguments invoqués par Weeckers, non dans un vain but de controverse, mais pour essayer de fixer la ligne de conduite qui s'impose. Les auteurs signalent en effet que si l'étiologie bacillaire de la conjonctivite pustuleuse était vérifiée, les règles thérapeutiques médicales et chirurgicales, employées actuellement pour rétablir la perméabilité nasale, seraient sérieusement ébranlées et pourraient même passer pour dangereuses.

Pour eux la plus grande fréquence des cuti-réactions positives chez les phlycténulaires montre simplement que ces malades sont plus souvent tuberculisés que les autres, mais ne prouve nullement la nature bacillaire des phlyctènes.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que Weeckers

chez 10 % de ses phlycténulaires a obtenu des cuti-réactions négatives. Alors que celui-ci pense qu'il s'agit là de malades en période d'anergie consécutive à la rougeole, Worms et Bidault, s'ils acceptent cette explication pour quelques-uns des sujets, ne peuvent l'admettre chez tous les malades présentant une cuti-réaction négative. Ils estiment, ainsi que l'ont montré leurs propres recherches, que la fréquence des antécédents tuberculeux et des lésions bacillaires chez les phlycténulaires est en réalité beaucoup moins grande que ne le dit Weeckers.

Enfin ils rappellent que les adénopathies trachéo-bronchiques et les oscillations thermiques fréquemment notées par Weeckers, sont aussi bien en faveur d'une étiologie nasale que tuberculeuse et, à ce propos, ils citent les travaux de Bezançon, Sergent, Rist, Léon Bernard, etc... sur les « faux tuberculeux ».

Après cette discussion des travaux de Weeckers les auteurs apportent les résultats de leurs recherches et montrent qu'ils ont trouvé chez les enfants phlycténulaires une proportion de 80 % de lésions rhinopharyngées : hypertrophie des amygdales, végétations adénoïdes, rhinite avec sécrétion plus ou moins abondante.

Très souvent, alors que le traitement oculaire ne donnait que peu de résultat et n'empêchait ni l'aggravation ni les récidives, ces kérato-conjonctivites ont cédé à un traitement rhino-pharyngé : désinfection du nez et du cavum, ablation des amygdales, ablation des végétations adénoïdes.

Ayant également étudié la kérato-conjonctivite de l'adulte ils ont noté qu'il s'agissait le plus souvent non plus de végétations adénoïdes ou d'hypertrophie des amygdales mais de malformations telles que déviation de la cloison et hypertrophie des cornets.

M. A. Terson pense comme Worms et Bidault. En traitant le rhino-pharynx de ces sujets « on améliore leur état général, démontré malade puisqu'ils ont des végétations et rendu plus malade encore par elles, et l'on diminue les chances de rechutes oculaires en réduisant les éléments d'irritation et d'infection rhino-pharyngées, peut-être même en déchargeant les filets nerveux de produits toxiques qui peuvent favoriser l'éruption oculaire ».

Magitot en réponse à la communication de Worms pense qu'en ce qui concerne la présence de lésions rhino-pharyngées dans la conjonctivite phlycténulaire, l'unanimité est acquise et il rappelle combien, au cours de la guerre 1914-1918, et particulièrement pendant l'hiver 1916, il avait été frappé de la quantité de soldats atteints de conjonctivite pustuleuse. Or, l'examen oto-rhino-laryngologique montra que dans 94 % des cas il s'agissait de lésions nasales, mais de lésions nasales les plus diverses. On trouvait aussi bien des hypertrophies des cornets, des rhinites atrophiques que des perforations spécifiques de la cloison. Il ajoute qu'un traitement approprié à chacune de ces lésions permit dans presque tous les cas une guérison oculaire rapide.

Enfin, tout récemment, en 1932, Sargnon, Rollet

et Pigache publient dans *Lyon médical* un article sur la « kérato-conjonctivite phlycténulaire et infection naso-pharyngée. Importance de la déficience de l'état général préalable ».

Sur 123 cas examinés dans le cours d'une année ils trouvèrent :

68 rhinites catarrhales avec amygdales hypertrophiées et infectées. Et dans 65 cas il y avait eu précession nette des lésions nasales sur les manifestations oculaires.

11 végétations adénoïdes.

19 rhinites catarrhales avec amygdales hypertrophiées et végétations adénoïdes.

Vingt-quatre fois des lésions croûteuses de la face et de l'orifice narinaire.

Soit au total 80 % de lésions rhino-pharyngées associées à la kérato-conjonctivite pustuleuse.

Les auteurs concluent à la très grande fréquence des lésions nasales et pharyngiennes dans la kérato-conjonctivite pustuleuse et attachent une extrême importance au traitement énergique de l'état général.

*Par quel mécanisme
les lésions et infections rhino-pharyngées
peuvent-elles retentir sur les lésions oculaires ?*

En présence de cette affection d'étiologie obscure un des problèmes les plus difficiles à résoudre est celui du mécanisme qui permet aux lésions rhino-pharyngées de retentir de façon si manifeste sur

l'éclosion et l'évolution de la kérato-conjonctivite pustuleuse.

Couëtoux à la fin de sa publication sur la « kérato-conjonctivite d'origine pharyngienne » renonçait « à avoir une opinion sur le mode de propagation du mal du rhino-pharynx vers l'œil ». Tout au plus pensait-il qu'il ne fallait pas incriminer une voie exceptionnelle, mais une voie ordinairement ouverte, celle-ci pouvant seule permettre une telle fréquence de l'action du rhino-pharynx sur les lésions oculaires.

Worms écrit qu'on ne saurait actuellement préciser par quel mécanisme les lésions nasales déterminent l'éclosion des conjonctivites phlycténulaires.

Sargnon, Rollet et Pigache pensent que deux théories peuvent expliquer le mode d'action des lésions nasales :

a) La propagation de l'inflammation par le canal lacrymo nasal. Mais ce serait pour eux chose peu fréquente. (Déjà en 1891 Couëtoux s'élevait contre cette idée, les phlyctènes ne se voyant pas particulièrement à la partie inférieure et interne de l'œil, comme cela devrait être, au cas où la voie lacrymale serait suivie).

b) Ils préfèrent incriminer, avec la plupart des auteurs, l'atteinte de l'état général et du système lymphoïde : « Les lésions étant susceptibles de survenir aussi bien au niveau des yeux que des cavités nasales, mais les lésions nasales et naso-pharyngées jouant le rôle très important de congestionner l'œil et d'entretenir à ce niveau un état défavorable à la guérison des lésions ».

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Voici l'exposé des observations que nous avons pu recueillir à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Obs. I. — V... Roger, 7 ans. Deux phlyctènes limbiques à droite, une phlyctène conjonctivale à gauche.

Blépharospasme intense, larmoiement. Examen O.-R.-L. : fosses nasales perméables, végétations adénoïdes abondantes. Guérison trainante. Ablation des végétations. Guérison oculaire complète.

Obs. II. — P... Edith, 5 ans 1/2. Kérato-conjonctivite phlycténulaire à répétition. Examen O.-R.-L. : végétations peu abondantes mais infectées. Un mois après : ablation des végétations adénoïdes. Guérison oculaire. Depuis pas de récurrences.

Obs. III. — D... Paulette, 8 ans. Se présente avec une kérato-conjonctivite phlycténulaire datant d'un mois et surtout marquée à gauche. Grosse réaction conjonctivale, photophobie très marquée. Examen O.-R.-L. : nappe de végétations. Guérison oculaire. Ablation ultérieure des végétations.

OBS. IV. — D... Gabrielle, 8 ans. Phlyctènes au limbe région inféro-interne O. D. Impétigo de la lèvre supérieure et du pourtour des orifices nasaux. Examen O.-R.-L. : végétations moyennes, muco-pus dans le cavum. Désinfection du cavum, traitement de l'impétigo. Parfaite guérison oculaire.

OBS. V. — G... Marie-Josèphe, 9 ans. Conjonctivite phlycténulaire bilatérale. Vastes lésions d'impétigo nasal et péri-buccal. Traitement des lésions impétigineuses. Guérison oculaire. Un mois après, récurrence O. D. Examen O.-R. L. : végétations. Opérée une semaine plus tard. Guérison oculaire.

OBS. VI. — B... Mélanie, 5 ans. Depuis trois semaines en traitement dans un dispensaire pour phlyctènes oculaires O. D. : 2 ; O. G. : 3. Ablation de végétations adénoïdes. Grande amélioration ; l'enfant quitte le service en bonne voie de guérison.

OBS. VII. — N... Léone, 6 ans. Kérato-conjonctivite lymphatique O. D., ganglions cervicaux et sous-maxillaires. Figure bouffie. Phtiriasis. Etat de santé précaire. Parents morts bacillaires. Végétations adénoïdes infectées. Désinfection rhinopharynx. Guérison mais légers leucomes résiduels.

OBS. VIII. — K... Yves, 11 ans. Kérato-conjonctivite phlycténulaire O. D. Guérison par simple traitement oculaire. Mais un mois après l'œil gauche est pris à son tour. Examen O.-R.-L. : végétations adénoïdes. Ablation. Guérison.

OBS. IX. — O... Marcelle, 9 ans. En 1926, première atteinte de kérato-conjonctivite phlycténulaire. Nouvelle poussée en 1927. En 1928, cornée légèrement infiltrée de vaisseaux sanguins ;

quelques phlyctènes limbiques O. G. Examen O.-R.-L. : bonne perméabilité nasale, muqueuse pituitaire normale mais végétations adénoïdes assez abondantes. Opérée. Guérison oculaire et depuis pas de récidives.

Obs. X. — C... Hélène, 10 ans. O. G. : couronne de phlyctènes au limbe. Petit ganglion pré-auriculaire douloureux. La malade mange peu, tousse et présente un mauvais état général. Père mort bacillaire. Un jeune frère mort à 3 ans de méningite tuberculeuse. Examen O.-R.-L. : végétations adénoïdes et angine érythémato-pultacée. Désinfection du cavum. Guérison puis récidive. Ablation des végétations : guérison.

Obs. XI. — V. . Alice, 8 ans. Se présente en 1932 avec une kérato-conjonctivite à poussées successives restée quatre mois sans traitement. A l'heure actuelle, phlyctènes O. D. et 3 ou 4 taies centrales type néphélie à chaque œil. Blépharite. Examen O.-R.-L. : végétations abondantes infectées Désinfection rhinopharynx, mais fait une nouvelle poussée K. C. Ablation des végétations ; guérison oculaire ; depuis pas de récidives.

Obs. XII. — O... Monique, 5 ans. Kérato-conjonctivite phlycténulaire bilatérale du type kératite en bandelette. Grosse photophobie Larmoiement très intense. Examen O.-R.-L. : végétations adénoïdes. Muco-pus dans le cavum. Désinfection. Amélioration oculaire. Ablation, végétations : guérison.

Obs. XIII. — V... Jeannine, 4 ans. Conjonctivite phlycténulaire O. G., symptômes réactionnels peu marqués. Réponse O.-R.-L. : a fait il y a deux mois une adénoïdite et une otite

subaiguë bilatérale. Actuellement toute cicatricielle bilatérale.

Végétations à opérer.

Obs. XIV. — G... Huguette, 3 ans. Kératite impétigineuse O. D. et G. et quelques taches très légères, reliquats de poussées antérieures. Examen O.-R.-L. : rien dans le nez mais serait à opérer de végétations adénoïdes.

Obs. XV. — D... Monique, 3 ans. Grosse poussée de kérato-conjonctivite O. G. Opérée de végétations abondantes. Guérison oculaire assez rapide.

Obs. XVI. — G... Anne-Marie, 7 ans. Conjonctivite phlycténulaire O. D. Lésions nasales impétigineuses. Chaîne ganglionnaire cervicale. Aspect chétif. Examen O.-R.-L. : gros paquet de végétations. Guérison oculaire, puis un mois après récurrence du même côté. Ablation végétations. Guérison.

Obs. XVII. — E... Joseph, 15 ans, sourd-muet. Kérato-conjonctivite O. G. Troisième récurrence, les deux premières atteintes s'étant produites à 11 ans. Résultat O.-R.-L. : nappe de végétations. Hypertrophie des cornets supérieurs avec queue à gauche. Guérison oculaire relativement rapide. Le malade n'est opéré de ses végétations que deux mois plus tard.

Obs. XVIII. — V... Gillette, 6 ans. Kérato-conjonctivite lymphatique avec phlyctènes O. D. Phénomènes réactionnels marqués ; mère soignée pour tuberculose pulmonaire. Par contre l'enfant semble être en bonne santé et présente un bon état général. Résultats O.-R.-L. : Végétations peu abondantes mais infectées. Désinfection rhino-pharyngée. Amélioration rapide.

OBS. XIX. — P... Jacqueline, 9 ans. Kérato-conjonctivite à répétition O. D. G. avec leucomes anciens. Examen O.-R.-L. : végétations acténoïdes. Opérée presque aussitôt. Guérison rapide. Depuis deux ans pas de récurrences.

OBS. XX. — S... René, 4 ans. Kérato-conjonctivite lymphatique avec phlyctène O. D. Pendant deux semaines aucune amélioration puis nouvelle poussée. L'enfant rentre alors à l'Hôtel-Dieu. Résultats O.-R.-L. : végétations adénoïdes infectées ; hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx. Pas d'hypertrophie appréciable des amygdales. Ablation des végétations. Guérison lente avec persistance de petits leucomes discrets.

OBS. XXI. — G... Rolande, 8 ans. Blépharo-kérato-conjonctivite O. D. Phlyctène à 3 et 6 heures. Résultat O.-R.-L. : végétations adénoïdes infectées. Opérée trois jours après. Guérison oculaire rapide.

OBS. XXII. — C... Louis, 2 ans. Kérato-conjonctivite phlycténulaire O. G. Phlyctènes limbiques. Poux de la tête et impétigo. Résultat O.-R.-L. : végétations adénoïdes abondantes et infectées à opérer ultérieurement. Guérison oculaire assez rapide après désinfection soignée du cavum, traitement de la phthiriasis et des lésions impétigineuses.

OBS. XXIII. — C... Madeleine, 9 ans. Grosse poussée phlycténulaire O. D. G. Blépharospasme intense, enfant d'aspect rachitique, nombreux ganglions, dents pour la plupart cariées. Etat général médiocre. Rhumes fréquents. Examen O.-R.-L. : végétations adénoïdes infectées. Huit jours après, nouvelle poussée beaucoup plus violente. Opérée des végétations et désinfection du cavum : amélioration rapide.

Obs. XXV. — L... Madeleine, 7 ans. Conjonctivite phlycténulaire O. D., forme légère. Examen O.-R.-L. : végétations adénoïdes moyennes. Ablation. Guérison.

Obs. XXVI. — C... Claude, 2 ans. Kérato-conjonctivite O. D., phlyctène du limbe à 11 heures. Lésions impétigineuses péri-buccales et péri-nasales. Examen O.-R.-L. : hypertrophie des amygdales et végétations adénoïdes infectées.

Obs. XXVII. — M... Henri, 5 ans. Conjonctivite phlycténulaire O. G. Forme légère déjà en bonne voie de guérison. Résultats O.-R.-L. : végétations adénoïdes moyennes et hypertrophie des amygdales à opérer.

Obs. XXVIII. — B... Marie-Thérèse, 2 ans. Kérato-conjonctivite lymphatique surtout accusée O. D. Examen O.-R.-L. : végétations adénoïdes volumineuses et hypertrophie des amygdales. La petite malade n'est pas opérée. Amélioration lente mais deux nouvelles poussées phlycténulaires dont l'une O. G. Guérison complète mais longue.

Obs. XXIX. — D... René, 2 ans. Grosse blépharo-kérato-conjonctivite lymphatique bilatérale. Amélioration notable par simple traitement oculaire ; mais trois mois après récidence O. D. G. Envoyé O.-R.-L. : végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales avec cryptes volumineuses.

Obs. XXX. — P... Etiennette, 9 ans. Soignée il y a un an pour kérato-conjonctivite O. D., guérison rapide mais depuis deux récides. Actuellement couronne de phlyctènes O. G. Leucome cornéen central très discret O. D. Envoyée O.-R.-L. est

opérée aussitôt de végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales. Guérison.

Obs. XXXI. — B... Marie, 6 ans. Kérato-conjonctivite lymphatique O. D. Lésions impétigineuses péri-buccales, mauvais état général. Antécédents bacillaires. Examen O.-R.-L. : végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales. Guérison assez rapide et sans séquelles. A été opérée ultérieurement.

Obs. XXXII. — R... Jeanne, 11 ans. Kérato-conjonctivite. Couronne de phlyctènes O. D. G. Etat général médiocre. Bronchites fréquentes. Adiposité généralisée probablement d'origine endocrinienne. Examen O.-R. L. : hypertrophie des amygdales et végétations adénoïdes à opérer. Ne se fait pas opérer. Guérison lente, mais complète.

Obs. XXXIII. — P... Georgette. Kératite impétigineuse O. G. Un mois après atteinte O. D. Impétigo de la face. Malgré le traitement oculaire et des lésions impétigineuses ainsi que la désinfection du rhino-pharynx on obtient peu d'amélioration. Examinée à l'O.-R.L. on trouve des végétations abondantes et des amygdales hypertrophiées. Guérison complète mais n'est opérée qu'ultérieurement.

Obs. XXXIV. — T... Yvette, 6 ans. Blépharo-kérato-conjonctivite O. D. G. Blépharospasme et photophobie intenses. Une phlyctène cornéenne, impétigo des oreilles. Examen O.-R.-L. : végétations adénoïdes, amygdales hypertrophiées. Opérée aussitôt. Guérison rapide et complète.

Obs. XXXV. — B... Annick, 6 ans. Kérato-conjonctivite O. G.

avec minimum de lésions cornéennes. Très peu de photophobie. Adressée O.-R.-L. : impétigo des vestibules, grosses amygdales, végétations adénoïdes. Traitement de l'impétigo et intervention. Guérison.

OBS. XXXVI. — S... Emilienne, 7 ans. Kératite pustuleuse O. D. Impétigo des oreilles, très mauvaises dents. Vue O.-R.-L. : végétations à opérer et des vestibules narinaires. Traitement impétigo : amélioration. Opérée des végétations cinq jours après. Guérison.

OBS. XXXVII. — B... Jeanne, 11 ans 1/2. Kérato-conjonctivite phlycténulaire O. D. G. avec prédominance à gauche. O. G. une phlyctène limbique à 8 heures. Quelques lésions d'impétigo naso-labial. Soignée au sanatorium de Chantenay pour tuberculose pulmonaire. Adressée O.-R.-L. : muco-pus dans le cavum. Impétigo des fosses nasales et des vestibules. Végétations adénoïdes, mais ne peut être actuellement opérée. Traitement et guérison de l'impétigo. Désinfection du cavum. Guérison oculaire.

OBS. XXXVIII. — S... Monique, 2 ans. Kérato-conjonctivite lymphatique O. D. G. Adressée O.-R.-L. : adénoïdite chronique avec rhinite chronique. Un prélèvement a permis d'éliminer la rhinite diphtérique. Bonne désinfection rhino-pharyngée. Guérison.

OBS. XXXIX. — C... Monique, 3 ans. Kérato-conjonctivite lymphatique. Phlyctène limbique O. D. Résultat O.-R.-L. : rhinite muco purulente droite. Végétations adénoïdes infectées. Désinfection du nez et du cavum. Guérison oculaire.

OBS. XL. — A... Thérèse, 12 ans. Kérato-blépharo-conjonctivite à répétition O. D. G. Actuellement une phlyctène limbique et une phlyctène cornéenne O. G. Examinée O.-R.-L. : rhinite muco-purulente. Végétations adénoïdes infectées. Tendance à l'atrophie de la muqueuse pituitaire. Désinfection rhino-pharyngée puis ablation des végétations. Guérison oculaire.

OBS. XLI. — D... Théophile, 9 ans. Kérato-conjonctivite phlycténulaire O. D. Phlyctène cornéenne para-limbique à 3 heures. Envoyé O.-R.-L. : rhinite aiguë, végétations adénoïdes. Guérison de la rhinite mais n'est pas opéré de ses végétations. Guérison oculaire. Un mois plus tard récidive O. D.

OBS. XLII. — B... Renée, 11 ans. Kérato-conjonctivite bilatérale prédominant à gauche. Phlyctènes limbiques O. G. 12, 11 et 2 heures. Absès ciliaires paupière supérieure. Impétigo nasal. Adressée O.-R.-L. : végétations adénoïdes moyennes, rhinite purulente. Guérison de la rhinite suivie de la guérison oculaire.

OBS. XLIII. — P... Ginette, 5 ans 1/2. Kérato-conjonctivite lymphatique O. G. Phlyctène limbique à 5 heures. A fait une rougeole il y a un mois et depuis état général médiocre. Examen O.-R.-L. : végétations adénoïdes à opérer et rhinite hypertrophique.

OBS. XLIV. — P... Lucien, 15 mois. Kérato-conjonctivite scrofuleuse. Pustule cornéenne para-centrale. Paupières très infiltrées. Petits absès multiples. Adressée O.-R.-L. : rhinite muco-purulente. Désinfection nasale : état stationnaire. Retourne à l'O.-R.-L., végétations adénoïdes infectées à traiter par vaccins rhino-pharyngiens, l'intervention étant contre-indiquée en

pareille poussée infectieuse. Amélioration oculaire très nette. Nouvel examen O.-R.-L. : grosse amélioration. Guérison oculaire.

OBS. XLV. — R... Brigitte, 6 ans. O. D. G. : leucomes centraux, reliquats d'une affection datant de quatre ans pour laquelle l'enfant n'avait reçu aucun soin. O. D. : phlyctènes limbiques à 2 heures et à 7 heures. Résultat O.-R. L. : rhinite muco-purulente ayant débuté en même temps que les lésions oculaires. Végétations adénoïdes, nombreuses dent cariées au maxillaire supérieur. Guérison oculaire après désinfection rhino-pharyngée. Revient un mois après : phlyctènes cornéennes O. G. Ablation des végétations adénoïdes. Guérison oculaire.

OBS. XLVI. — H... Christiane, 4 ans. Conjonctivite pustuleuse O. D. deux phlyctènes para-limbiques à 2 heures et 5 heures. Envoyée O.-R.-L. : rhinite muco-purulente. Désinfection des fosses nasales. Guérison nasale suivie de la guérison oculaire.

OBS. XLVII. — R... Odette, 13 ans 1/2. Conjonctivite phlycténulaire O. D. Couronne de phlyctènes. Enfant minus habens et d'aspect rachitique. Examen O.-R.-L. : rhinite muco-purulente. Désinfection du nez. Guérison oculaire.

OBS. XLVIII. — R... Andrée, 4 ans. Phlyctène cornéenne. O. G. à 2 heures. Enfant pâle et anémique. Adressée O.-R.-L. : rhinite aiguë. Muqueuses buccale et nasale rouges. Désinfection du rhino-pharynx. Guérison oculaire rapide.

OBS. XLIX. — D... Basile, 5 ans 1/2. Conjonctivite phlycténulaire O. D. G. Blépharospasme interne. Une phlyctène cor-

néenne O. G. à 5 heures. Examen O.-R.-L. : rhinite atrophique avec écoulement muco-purulent. Suspect d'ozène. Amélioration nasale suivie d'amélioration oculaire.

OBS. L. — B... Marie, 10 ans. Grosse poussée de conjonctivite phlycténulaire bilatérale. Examen O.-R.-L. : rhinite aiguë congestive. Nouvelle éruption oculaire malgré amélioration nasale. Guérison oculaire assez rapide.

OBS. LI. — P... Augustine, 3 ans. Kérato-conjonctivite pustuleuse O. D. G. Mère morte tuberculeuse quelque temps après l'accouchement. Examen O.-R.-L. : rhinite muco-purulente. Apparition d'un ulcère O. G. à 5 heures. Perforation. Guérison, mais persistance d'un leucome adhérent.

OBS. LII. — G... Madeleine, 13 ans. Grosse blépharo-kérato-conjonctivite impétigineuse O. [D. Trois phlyctènes limbiques mais surtout cornéennes. Grosse photophobie. Impétigo péri-nasal. Ganglions sous-maxillaires. La plupart des dents sont cariées. Examen O.-R.-L. : impétigo des fosses nasales et des vestibules narinaux. Traitement nasal, oculaire et de l'état général. Guérison assez longue mais sans séquelles.

OBS. LIII. — D... Lucienne, 2 ans. Conjonctivite phlycténulaire O. D. Une phlyctène centrale et une phlyctène limbique. Impétigo du cuir chevelu. Examen O.-R.-L. : impétigo des vestibules. Guérison des lésions impétigineuses suivie de guérison oculaire avec persistance d'une très légère taie centrale.

OBS. LIV. — P... Francis, 4 ans. Kérato-conjonctivite lymphatique O. D. Deux phlyctènes : l'une limbique, l'autre cor-

néenne. Mauvais état général. Dents cariées. Envoyé à l'O.-R.-L. pour otite suppurée moyenne du même côté.

Obs. LV. — B... Yvette, 2 ans. Kérato-conjonctivite pustuleuse bilatérale. A fait une rougeole il y a un mois. Envoyée à l'O.-R.-L. pour otite moyenne suppurée à droite. Rien dans le nez ni dans le cavum.

Obs. LVI. — G... Pierre, 8 ans. Grosse blépharo-kérato-conjonctivite impétigineuse O. D. avec ulcération cornéenne paralimbique à 3 heures. Aurait fait une grippe avec troubles intestinaux il y a trois semaines. Examen O.-R.-L.: nez infecté, otite moyenne suppurée bilatérale. Guérison très longue. Persistance d'un leucome discret.

Obs. LVII. — R... Jean, 9 ans. Kérato-conjonctivite pustuleuse O. D. Examen O.-R.-L. : rien dans le nez, rien dans le cavum. Amélioration oculaire très rapide et guérison sans complication.

Obs. LVIII. — L... Emile, 9 ans. Kérato-conjonctivite impétigineuse O. D. Abscès meibomiens. Phlyctène à 9 heures et 11 heures. Examen O.-R.-L. : fosses nasales parfaitement normales. A été opéré de végétations adénoïdes et d'hypertrophie des amygdales il y a trois mois. Nouvelle poussée phlycténulaire puis guérison. Persistance d'une taie discrète à 8 heures. Rien dans les antécédents personnels ou héréditaires ne méritait d'être retenu.

Obs. LIX. — F... Lucienne, 8 ans 1/2. Soignée pour conjonc-

tivite phlycténulaire depuis un mois. Amélioration puis reprise. Actuellement grosse phlyctène limbique à 3 heures empiétant très peu sur la cornée. Une petite taie vers 10 heures. Un peu d'eczéma commissural. Père soigné pour tuberculose pulmonaire. Adressée O.- R.- L. : rien à l'examen.

OBS. LX. — F... Thérèse, 4 ans. Conjonctivite pustuleuse O. D. Rien sur la cornée. Rien à l'examen O.- R.- L., mais a fait il y a trois semaines une rougeole.

OBS. LXI. — R... Marguerite, 8 ans. Grosse conjonctivite phlycténulaire O. D. Rien à l'examen O.- R.- L. Nombreuses dents cariées. Guérison trainante.

OBS. LXII. — V... Marc, 12 ans. Conjonctivite pustuleuse limbique O. D. Examen O.- R.- L. Opéré à 8 ans de végétations adénoïdes. Actuellement naso-pharynx complètement libre. On ne trouve qu'une légère dégénérescence polypoïde du bord muqueux des cornets inférieurs.

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

De l'interprétation de cette série d'observations il résulte que :

1^o Sur 62 enfants âgés de 1 à 15 ans et atteints de kérato-conjonctivite pustuleuse, 56 présentaient des lésions ou une infection oto-rhino-pharyngée.

2° Sur 43 cas, il s'est agi de végétations adénoïdes infectées ou non et associées vingt-quatre fois à d'autres lésions. A savoir :

Onze fois à des lésions nasales telles que rhinite congestive, muco-purulente, atrophique ou impétigineuse ;

Neuf fois à une atrophie des amygdales avec, dans 4 cas, impétigo de la face ;

Trois fois à des lésions impétigineuses de la face ou du cuir chevelu ;

Une fois à une phtiriasse de la tête.

3° Six fois il s'agissait seulement de rhinite.

4° Dans 4 cas on a simplement trouvé des lésions impétigineuses des vestibules narinaux et de la face.

5° Trois fois enfin il existait une otite moyenne suppurée.

6° Chez la plupart des malades on notait un mauvais état général et souvent on avait affaire à des enfants sinon tuberculeux du moins prétuberculeux et réunissant un certain nombre des symptômes que l'on rencontre dans la scrofule.

Chez 5 ou 6 d'entre eux le terrain favorable à l'apparition de pareilles manifestations oculaires paraissait être le résultat de l'atteinte antérieure et peu éloignée d'une maladie très anergisante telle que rougeole ou grippe.

Notons également que parmi ces petits malades

appartenant pour la plupart à la classe pauvre, beaucoup vivaient dans des conditions d'hygiène extrêmement précaires.

7° Ainsi que l'ont déjà signalé nombre d'auteurs, nous remarquons que cette affection est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin. Sur ces 62 observations nous comptons 43 filles et 19 garçons.

8° Enfin un certain nombre d'observations montrent de façon manifeste les rapports étroits qui unissent la kérato-conjonctivite pustuleuse et les infections ou lésions du rhino-pharynx tant au point de vue pathogénique que thérapeutique : l'évolution des lésions oculaires étant conditionnée par celle des lésions du nez ou du pharynx et les récides très rares après suppression des causes rhino-pharyngées.

TRAITEMENT

Sans vouloir entrer dans les détails du traitement, nous rappellerons très succinctement les sanctions thérapeutiques dont la kérato-conjonctivite pustuleuse de l'enfant nous a semblé justiciable.

Le traitement doit viser trois buts :

1° L'œil :

Le collyre au bleu de méthylène et la pommade à

l'oxyde jaune de mercure, en application dans l'œil et suivie d'un léger massage, est une méthode des plus classiques. Nous y avons toujours eu recours.

Le collyre au bleu de méthylène, avec ou sans atropine, ainsi qu'un collyre à la dionine-cocaïne, sont particulièrement indiqués en cas de lésions cornéennes.

Souvent ce traitement oculaire était complété par un lavage de l'œil trois fois par jour avec une solution d'oxycyanure de mercure à 1/10.000.

2^o Les lésions ou infections rhino-pharyngées. Worms et Bidault nous indiquent la marche à suivre :

a) Pendant l'épisode kérato-conjonctival :

Mèches de cocaïne adrénaline dans les fosses nasales souvent plus ou moins obstruées, ce qui permet d'obtenir une rétraction de la muqueuse pituitaire et par suite une aération des voies aériennes supérieures.

D'autre part on fera une désinfection des fosses nasales à l'aide de médicaments tels que les sels colloïdaux en instillations nasales ou en badigeonnages pharyngiens et la pommade à l'oxyde jaune de mercure.

b) Au moment opportun, mais sitôt que possible, le laryngologiste pratiquera la cure définitive des lésions rhino-pharyngées.

3^o Le traitement général ne devra pas être négligé

mais bien au contraire fera l'objet d'une thérapeutique très active. Nous n'insisterons pas sur les nombreuses méthodes ou médicaments dont on dispose. Toutefois, nous rappellerons que la thérapeutique employée contre les manifestations relativement assez voisines d'épisclérite tuberculeuse de l'adulte, telle l'arsenic et éventuellement les sels d'or, de même qu'un séjour au bord de la mer, paraît exercer sur les variétés graves de l'infection une heureuse influence.

CONCLUSIONS

1° Coexistence presque constante au cours de la kérato-conjonctivite pustuleuse de l'enfant d'une affection oto-rhino-pharyngée.

2° Dans plus de la moitié des cas cette affection est représentée par des végétations adénoïdes s'accompagnant en non de rhinite.

3° Il est manifeste que cette affection oculaire apparaît le plus souvent chez des enfants présentant un état général médiocre, qu'il s'agisse d'un scrofuleux, d'un tuberculeux ou d'un enfant ayant fait une maladie particulièrement anergisante.

4° L'évolution des lésions oculaires est conditionnée par celle des lésions rhino-pharyngées.

5° Le traitement doit comprendre trois phases très importantes :

a) Le traitement oculaire ;

b) Le traitement des infections oto-rhino-pharyn-

gées ; la kérato-conjonctivite étant une des indications les plus formelles à la désinfection soignée du rhino-pharynx et à la cure définitive des lésions rhino-pharyngées ;
c) Le traitement énergique de l'état général.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.* — Des manifestations oculaires de la scrofule et de la syphilis héréditaire (Bulletin de la Société française d'ophtalmologie, 1884).
- Arlt.* — Die Krankheiten des Auges Prag, S. 88, 1850.
- Axenfeld.* — Traité d'ophtalmologie (Die Bakteriologie in der Augenheilkunde. Jéna, 1897).
- Badhuri.* — Recurrent attacks of phlyctenular conjunctivitis synchronizing with menstruation (The British journal of Ophtalmology, août 1927).
- Bach.* — Bakteriologie untersuchungen über die Aetiologie der keratis und conjunctivitis (Ekzematoza V. Graefes. Arch. f. Ophtalmologie, 1895).
- Bellavia.* — La reazione del Prof. V. Cesare Piazza nelle urine degli indevidui affetti der congiuntivite flittenulare (Bolletino d. Oculistica, 1929).
- Benoît.* — Conjonctivite phlycténulaire et tumeurs adénoïdes (Soc. belge d'Opht., 1899).
- Besso et Dazzi.* — Contribution à l'étiologie et la pathogénie de la kérato-conjonctivite eczémateuse (Bolletino d'oculistica, 1923).
- Briffaz.* — La phthyriase et les affections oculaires. Th. Paris, 1908.
- Colombo.* — Ueber die Pathogenese de Ekzematösen kerato-konjunctivitis (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., août 1911).

- Couëtoux.* — De la kérato-conjonctivite d'origine rhino-pharyngienne (Annales d'Oculistique, 1891).
- Darier.* — Les tuberculoses oculaires et leur traitement par la tuberculine (Clin. Ophth., 1906).
- Dejean.* — Laboratoire et Ophtalmologie. Paris, 1929.
- Font Réaulx* (de). — Réflexions sur l'étiologie de la conjonctivite phlycténulaire (Société d'ophtalmologie de Paris, 1911).
- Frenkel.* — Réflexions sur des termes employés en ophtalmologie (Archives d'ophtalmologie, mars 1931).
- Fuchs.* — Die Ursachen und die verhütung der Erblindung : Lehrbuch der Augenheilk., 1885 (Manuel d'ophtalmologie).
- Goulfier.* — Contribution à l'étude de l'étiologie de la kérato-conjonctivite phlycténulaire. Th. Paris, 1912.
- Hertel.* — Recherches anatomiques dans un cas de kérato-conjonctivite phlycténulaire (Archiv. f. Ophth., 1898.)
- Iwanoff.* — Sur la conjonctivite et la kératite phlycténulaires (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1869).
- Joseph.* — Etude clinique sur les rapports de la phtiriasis de la tête avec la kérato-conjonctivite phlycténulaire. Rapport de M. de Lapersonne (Annales oculistiques, 1907).
- Jost.* — Kératite d'origine dentaire (Société d'Ophtalmologie de l'est de la France, 1927).
- Knies.* — Traité d'Ophtalmologie, t. II, Wiesbaden, 1893).
- Lafon.* — Sur la pathogénie de l'ophtalmologie phlycténulaire (Société française d'Ophtalmologie, 1910).
- Lapersonne* (de). — Maladies des paupières et des membranes externes de l'œil.
- Leber.* — Sur les inflammations oculaires phlycténulaires (Société d'ophtalmologie d'Heidelberg, 1901).
- Mackensie.* — Traité pratique des maladies de l'œil, 1856.
- Magitot.* — Société ophtalmologique de Paris, 1928.

Marfan. — Scrofule. Conception ancienne et nouvelle (Paris Méd., 1921).

— Scrofule et ophtalmie phlycténulaire (Presse médicale, sept. 1928).

Michel. — Contribution à l'étude bactériologique de l'ophtalmie phlycténulaire (Annales d'oculistique, 1898).

Morax. — Des localisations oculaires et péri-oculaires au cours de la staphylococcie (Annales d'oculistique, 1910).

Pierre. — Nature des maladies scrofuleuses des yeux, des oreilles et du nez. Th. Paris, 1895.

Quadri. — Annotazioni pratiche sulle malattie degli occhi. Napoli, 1830.

Rohrer. — Rapport entre les affections oculaires et les affections des fosses nasales (Annales d'oculistique, t. CXI, p. 205).

Sargnon, Rollet et Pigache. — Kérato-conjonctivite phlyct. et inf. naso-pharyngée. Importance de la déficience de l'état général préalable (Lyon médical, 1932).

Straub. — Sur l'étiologie des inflammations conjonctivales scrofuleuses (Arch. f. Augenheilk., 1892).

Terrien. — Conjonctivite phlycténulaire. Symptômes, diagnostic, traitement (Méd. Prat., 1906).

Terson. — Communication à la Société d'Ophtalmologie de Paris; séance du 2 déc. 1928.

Truc. — Topographie de l'ophtalmie phlycténulaire à Montpellier (Annales oculistiques, 1891).

Weeckers. — L'exanthème de la conjonctivite phlycténulaire envisagé comme une toxi-tuberculide (Archives d'ophtalmologie, 1909).

— Phlyctènes oculaires et tuberculose (Archives d'ophtalmologie, 1929).

Worms et Bidault. — Conjonctivites et kérato-conjonctivites d'origine nasale (Société d'Ophtalmologie de Paris, 1928).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9
CHAPITRE I. — Définition.....	11
Symptômes.....	13
Anatomie pathologique.....	15
CHAPITRE II. — Etiologie.....	19
1 ^o Causes d'ordre général :	
Scrofule. Tuberculose. Intoxication intestinale. Dia- thèse exsudative de Czerny. Maladies éruptives.	
Paludisme. Règles.....	20
2 ^o Causes d'ordre local :	
Corps étrangers. Parasites. Maladies cutanées. Théorie microbienne. Lésions rhino-pharyngées ; leur mécanisme d'action.....	30
CHAPITRE III. — Observations.....	42
Critique des Observations.....	54
Traitement....	56
CONCLUSIONS.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61

